

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 865.

---

ÉTUDE  
SUR LE  
**PTÉRYGION**  
PATHOGÉNIE - TRAITEMENT

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Paul ROUX**

Né à Roquemaure (Gard), le 9 janvier 1872.

*Lauréat de la Faculté de médecine de Lyon (1893)*

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



**LYON**  
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—  
1893



Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 865.

---

ÉTUDE  
SUR LE  
**PTÉRYGION**  
PATHOGÉNIE - TRAITEMENT

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 23 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Paul ROUX**

Né à Roquemaure (Gard), le 9 janvier 1872.

*Lauréat de la Faculté de médecine de Lyon (1893)*

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



**LYON**  
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—  
1893

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET . . . . . DOYEN.  
GAYET. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

## PROFESSEURS

|                                                           |               |
|-----------------------------------------------------------|---------------|
| Cliniques médicales . . . . .                             | { MM. LÉPINE. |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                          | { BONDET.     |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .           | { OLLIER.     |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                         | { PONCET.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . | { FOCHIER.    |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  | { GAYET.      |
| Physique médicale. . . . .                                | { GAILLETON.  |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .                | { PIERRET.    |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                 | { MONOYER.    |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                   | { HUGOUNENQ.  |
| Zoologie et Anatomie comparée . . . . .                   | { CAZENEUVE.  |
| Anatomie. . . . .                                         | { FLORENCE.   |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 | { LORTET.     |
| Physiologie . . . . .                                     | { TESTUT.     |
| Pathologie interne. . . . .                               | { RENAUT.     |
| Pathologie externe. . . . .                               | { MORAT.      |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .            | { TEISSIER.   |
| Anatomie pathologique. . . . .                            | { BÉRNE.      |
| Médecine opératoire . . . . .                             | { MAYET.      |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .               | { TRIPIER.    |
| Médecine légale. . . . .                                  | { X.          |
| Hygiène . . . . .                                         | { ARLOING.    |
| Thérapeutique . . . . .                                   | { LACASSAGNE. |
| Pharmacie . . . . .                                       | { ROLLET.     |
|                                                           | { SOULIER.    |
|                                                           | { CROLAS.     |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . M. LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. . . . . MM. WEILL, agrégé.  
Accouchements . . . . . POLLOSSON, —  
Botanique . . . . . BEAUVISAGE. —

## AGRÉGÉS

|                |                |                                           |
|----------------|----------------|-------------------------------------------|
| MM. AUGAGNEUR. | MM. GANGOLPHE. | MM. ROLLET (ÉTIENNE).                     |
| BEAUVISAGE.    | JABOULAY.      | ROQUE.                                    |
| CONDAMIN.      | LANNOIS.       | ROUX.                                     |
| COURMONT.      | PERRET.        | VIALLETON.                                |
| DEROIDE.       | POLLOSSON.     | WEILL.                                    |
| DEVIC.         | ROCHET.        | BOUVEAULT, Chargé des fonctions d'agrégé. |
| DIDELOT.       | RODET.         |                                           |

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAYET, Président; M. GANGOLPHE, Assesseur; MM. ROCHET et ROLLET (Etienne), Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

*A MON PÈRE*

*A MA MÈRE*

*A MES SŒURS*

*A MES AMIS*

*A MON PRÉSIDENT DE THÈSE*

Monsieur le Professeur GAYET

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Lyon

Correspondant de l'Académie de Médecine.

*A MES MAÎTRES*

*DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON*

## INTRODUCTION

---

Depuis 1891, M. le professeur Gayet applique, à la cure du ptérygion, un nouveau traitement, basé sur des idées de pathogénie, qui lui sont personnelles. Nous n'avons fait, dans ce modeste travail, que transcrire ses idées, en leur accordant un certain développement.

Les notions étiologiques, que nous exposons, ont été puisées dans les collections de la clinique : nous avons fait l'anatomie pathologique de l'affection, d'après les préparations observées au laboratoire.

Quant à la symptomatologie, elle est le reflet des notions que nous avons recueillies dans le service de la clinique et des cas que nous y avons observés.

A ce sujet, nous prions M. le professeur Gayet de vouloir bien accepter tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous conserverons toujours un excellent souvenir des savantes leçons qu'il nous a été permis d'écouter, pendant près de 3 ans, à la Clinique ophthalmologique.

M. le docteur Meurer nous a toujours accueilli avec bonté et nous a aplani bien des difficultés : ses « fidèles de la consultation gratuite » n'oublieront pas les leçons et les conseils pratiques qu'ils ont reçus de lui.

M. le médecin-major Lemoine, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a guidé nos premiers pas dans la carrière médicale : nous n'aurions garde de perdre le souvenir des principes solides qu'il nous a inculqués et de l'intérêt qu'ils nous a porté.

Que M. le médecin-major Hassler, répétiteur de chirurgie, croit aussi à notre sincère reconnaissance, pour avoir dirigé notre éducation chirurgicale et avoir témoigné, maintes fois, de sa bonté, à notre égard.

A l'Ecole vétérinaire, M. le professeur Cadéac, a mis gracieusement à notre disposition les ressources de son laboratoire. Nous regrettons que nos modestes expériences n'aient pas été en rapport avec le dérangement que nous lui avons causé. A tout le moins, nous le prions d'accepter tous nos remerciements, car il nous a été loisible, grâce à son obligeance, d'arriver au but que nous nous étions proposé.

Nous regrettons de ne pouvoir citer ici tous les noms de ces Messieurs de l'Ecole vétérinaire, qui nous ont aidé ou conseillé : il ne nous est cependant pas possible de taire le gracieux appui que nous avons reçu de MM. Carougeot et Aubertin.

Tous nos remerciements à notre aimable confrère, le docteur Cathoire, qui a bien voulu exécuter les dessins

de notre thèse : nous le prions d'accepter toutes nos excuses, si, pour la clarté et la compréhension du sujet, nous l'avons contraint de réduire son talent de dessinateur émérite, aux proportions d'un dessin qui, pour être plus simple qu'il ne l'eût voulu, ne réussit pas, cependant, à voiler la finesse de son crayon.

---



## Historique. — Etiologie.

---

Que d'encre déjà répandue sur ce petit département de la Pathologie oculaire ! Et cependant, l'ère des discussions n'est pas près d'être close.

Singulière affection, aussi, que cette petite tumeur conjonctivale, de forme si caractéristique ; malgré son exiguïté et sa délicatesse, elle semble se jouer, dans bien des cas, des nombreux traitements institués pour la faire périr : elle renaît de ses cendres, aussi nocive que par le passé.

Ces particularités n'avaient pas été sans préoccuper vivement les chirurgiens de l'antiquité : Grecs et Romains s'étendent complaisamment sur la description et le traitement du ptérygion. Peut-être avaient-ils l'occasion d'en faire l'observation fréquente, étant placés dans des conditions climatiques qui, comme nous le verrons ultérieurement, ne sont pas sans influence sur le développement de l'onglet.

Plus près de nous, Ambroise Paré consacre, dans ses œuvres de chirurgie, un chapitre assez important au traitement et à l'histoire « de cette excroissance de chair membraneuse ».

L'Ecole de Lyon semble avoir eu une prédilection marquée pour l'étude de cette affection : au XVI<sup>e</sup> siècle, Franco, dans un de ses ouvrages, consacre à l'onglet un chapitre spécial. Plus tard, Pétrequin en fait une étude magistrale, au point de vue clinique et anatomo-pathologique : le D<sup>r</sup> Olivet, ajoute, en 1844, son complément d'observations, au travail de son maître.

Scarpa, Fano, Arlt, Manuhardt, Fuchs et les ophtalmologistes français contemporains ont encore enrichi la littérature chirurgicale de nombreux travaux sur le même sujet.

Tous ces auteurs, depuis les anciens jusqu'à nos contemporains, se sont demandés avec persistance, sous l'influence de quelles causes se développait le ptérygion. Il semble que son développement soit lié à une irritation de la muqueuse conjonctivale, persistante et continue.

Cette irritation a trait à des agents d'ordre bien différent, quoique tendant au même résultat.

Contrairement à l'opinion de Beer, le ptérygion peut se développer à la suite de phlegmasies conjonctivales. Les traumatismes de la conjonctive semblent particulièrement favorables à son développement. On l'a vu succéder maintes fois à des brûlures de l'œil, à des corps étrangers de toute espèce, tels que fragments de fer, de pierre, poussière de chaux.

Indépendamment de ces agents, qui se limitent au seul individu avec lequel ils sont aux prises, il en est d'autres d'ordre plus général, agissant à la fois sur un grand nombre d'individus de la même région. Depuis longtemps, en effet, on a remarqué que la fréquence du

ptérygion variait avec les climats. Le nombre des malades qui en sont affectés semble croître avec l'intensité des radiations solaires. On trouve partout cité le travail de Heineken, d'après lequel 1/10 des paysans et des bateliers de Madère présenteraient des ptérygions : on a incriminé, à ce sujet, les rayons d'un soleil ardent, dont les effets sur la muqueuse oculaire se font vivement sentir, les habitants du pays ayant coutume de porter des coiffures à bords très étroits.

Au surplus, les chirurgiens de l'Amérique méridionale sont là pour nous apprendre qu'il est très fréquent dans ces régions. Il semble cependant n'avoir aucune préférence pour telle ou telle race : les noirs et les blancs y sont également disposés.

On observe encore de grandes variations suivant l'âge, le sexe, les professions.

Nos recherches à ce sujet, ont porté sur 100 observations, prises dans la Clinique, de 1881-1892. Sous le rapport de l'âge, le nombre des ptérygions croît jusqu'à 60 ans pour suivre, à partir de là, une progression descendante :

| Age.                | Fréquence. |
|---------------------|------------|
| 10-20 ans . . . . . | 4          |
| 20-30 — . . . . .   | 14         |
| 30-40 — . . . . .   | 12         |
| 40-50 — . . . . .   | 22         |
| 50-60 — . . . . .   | 29         |
| 60-70 — . . . . .   | 14         |
| 70-80 — . . . . .   | 5          |
| Total. . . . .      | 100        |

Les hommes sont atteints plus souvent que les femmes, par suite des travaux pénibles auxquels ils sont assujettis. Nous trouvons dans notre relevé, 75 hommes pour 25 femmes.

Mais c'est surtout en examinant les professions auxquelles se livrent les sujets porteurs de ptérygions, qu'on se rend un compte exact des notions étiologiques ci-dessus énumérées.

Les individus des classes aisées sont relativement épargnés : ou du moins, s'ils sont atteints de ptérygions, les conditions de bien-être qui les entourent, impriment à l'affection un cachet spécial, une marche lente qui coïncide, d'ordinaire, avec une gêne fonctionnelle de peu d'importance.

Le plus fort contingent est fourni par les classes ouvrières. Au premier rang, les cultivateurs : nous en relatons 26 % dans notre statistique. Viennent ensuite les maçons, les tailleurs de pierre, les maréchaux-ferrants, les verriers, les mineurs, les bateliers : nous ne trouvons qu'un seul employé de magasin, qui, en compagnie d'un débitant de tabac, se soit égaré au milieu des malades dont nous venons de parler.

Les mêmes remarques sont applicables au sexe féminin. Sur vingt-cinq femmes, nous trouvons douze ménagères et six femmes de la campagne, se livrant aux travaux des champs.

L'œil droit paraît un peu plus souvent atteint que l'œil gauche : nous l'avons rencontré 58 fois sur cent.

L'angle interne est affecté tout particulièrement : 98 %. Dans 61 observations, nous ne trouvons qu'un seul ptérygion : 25 ont trait à deux ptérygions, occu-

pant chacun un œil différent : enfin dans quatre cas, nous rencontrons deux ongles sur le même œil.

Nous notons encore quatre cas de ptérygion double bi-latéral.

..... Certains sujets, indépendamment des circonstances extérieures, fourniraient un terrain plus propice au développement du ptérygion. Au cours des observations que nous avons recueillies, nous avons observé deux faits où l'hérédité semblait pouvoir être invoquée. Il y a peu de temps, Guttièrez-Ponce relatait l'histoire généalogique d'une famille dont les membres étaient, pour la plupart, atteints de ptérygions.

Le ptérygion pourrait même exister au début de la vie : ce sont là des faits rares : à notre connaissance, Wardrop, Beer et Frederici sont les seuls auteurs qui aient relaté jusqu'à présent, quelques cas de ptérygions congénitaux. Encore l'erreur a dû être fréquemment commise, vu la présence de dermoïdes siégeant à l'angle interne de l'œil et affectant à s'y méprendre la forme du ptérygion (1). Il n'est peut-être pas sans intérêt de faire remarquer, avant de terminer ces quelques notions relatives à l'étiologie, que le ptérygion se rencontre dans la série animale. On en observe assez fréquemment chez les chevaux et chez les chiens. Dünewald prétend aussi avoir souvent vu et opéré le ptérygion chez le bœuf.

---

(1) In Picqué. Thèse d'agrégation : Maladies congénitales du globe de l'œil.



## Pathogénie.

---

Nous admettons, de par ce qui précède, que le ptérygien se développe de préférence sous certains climats et que certaines professions semblent offrir à son développement un terrain de prédilection. Mais ces circonstances de lieux et de personnes, les traumatismes et les affections oculaires antérieures, ne nous instruisent guère au point de vue pathogénique. Ce sont là des causes éloignées, prédisposantes : quelles sont les causes prochaines, immédiates de l'affection ? Quelle est la raison de la forme si caractéristique du ptérygion et de la progression incessante de l'onglet ?

Le problème a depuis longtemps exercé la sagacité des ophtalmologistes. Pour le résoudre, les uns ont fait appel aux données de l'anatomie : les autres, plus avisés, sont restés sur le domaine de la physiologie et de la clinique. D'autres, se donnant moins de peine, ont présenté comme pathogénie de l'affection les notions étiologiques dont nous avons parlé au chapitre précédent.

En 1853, M. Tavignot prétend que la position du ptérygion correspond toujours à celle d'un des quatre

muscles droits parce que, à ce niveau, se trouvent les artères ciliaires longues et leurs anastomoses, qui sont plus fréquentes à mesure qu'elles s'approchent du bord cornéen de la sclérotique. Dans ces conditions, le ptérygion prendrait naissance à la faveur d'anomalies survenant dans la circulation de ces vaisseaux.

..... Pour Théobald (Baltimore, 1883), le ptérygion est le résultat d'une hyperémie persistante de la conjonctive. Il se rencontre surtout dans la direction des muscles droits, parce que ces derniers et la conjonctive qui les recouvre, ont des rapports étroits avec un système vasculaire spécial (vaisseaux antérieurs de la conjonctive de Van Woerden). Le rôle physiologique du droit interne le rendrait enclin, plus que ses congénères, à cette hyperémie.

D'après Winther, le ptérygion devrait être rapporté à une hyperémie veineuse, consécutive à une thrombose, un rétrécissement ou une oblitération des veines ciliaires. Cet auteur affirme avoir produit cette production pathologique, en faisant la ligature de ces veines au niveau de l'insertion des muscles droits.

Hippel et Storegeff ont obtenu, par le même procédé, des résultats négatifs (Abadie. *Maladie des yeux*, 1876 tome I, page 162).

Délaissant ces considérations anatomiques, Arlt a émis une opinion qui a rallié la majorité des suffrages des ophtalmologistes. Le limbe scléro-cornéen, d'après cet auteur, soumis à des irritations fréquemment répétées, aux deux extrémités de son diamètre horizontal, mais surtout à l'interne, deviendrait le siège d'une ulcération; d'où, arrivée des vaisseaux,

sous forme d'un pinceau triangulaire à base périphérique et attraction cicatricielle de la conjonctive. Mais cette opinion, bien qu'elle émane d'un maître éminent, ne nous paraît pas applicable à tous les cas, quoique M. Poncet (de Cluny) considère la théorie de « l'ulcère primitif ou de l'herpès ulcère comme *absolument* nécessaire pour expliquer le début de l'affection ».

Nous nous étonnons, à juste titre, de constater un exclusivisme aussi absolu, au sujet d'une question si controversée.

D'ailleurs « l'observation n'a pas confirmé l'opinion de Arlt et, le plus ordinairement, le ptérygion se développe en dehors de tout ulcère cornéen » (Delens, in *Traité de Chirurgie*).

Au surplus, la théorie de Arlt est incomplète : elle ne nous donne pas la raison de la marche de l'onglet vers le centre et de l'extension du ptérygion vers la caroncule.

Il est vrai que M. Poncet complète le travail du chirurgien de Vienne en invoquant, dans la partie de la conjonctive qui forme le ptérygion, la présence de vibrions parasitaires « seuls agents de la marche lente de l'onglet ».

D'autres observateurs, non moins autorisés, rapportent au pingueculum la formation du ptérygion. C'est l'opinion de Horner et de son élève Mannhardt.

Füchs, dans un récent travail, part des mêmes principes et fait dériver, cliniquement, le ptérygion du pingueculum sans pouvoir, cependant, mettre clairement en évidence le lien qui les unit au point de vue anatomo-pathologique.

Gallenga, à l'appui de cette théorie, dit avoir remarqué, sur quelques pingacula, une cavité revêtue d'épithélium pavimenteux, communiquant, par un canal, avec la surface libre de la conjonctive : en se souvenant de l'opinion de Horner, il croit que cette cavité peut expliquer la formation du pont du ptérygion.

Telles sont les idées qui ont été successivement émises sur la question : en possession de ces données, nous pourrions exposer plus librement nos opinions sur le même sujet : et sans vouloir, comme M. Poncet, faire partager nos vues d'une façon *absolue*, nous essayerons de démontrer que, dans la majorité des cas, la théorie que nous étayons est conforme aux données fournies par l'observation, la clinique et l'expérimentation.

Pour que nul n'en ignore, disons, tout d'abord, que les considérations qui vont suivre ont trait seulement aux ptérygions développés aux extrémités du diamètre horizontal de la cornée ; les autres ptérygions, très rares, peuvent être considérés comme des quantités négligeables : ils présentent « en outre des particularités qui les rendent de nature un peu douteuse ». (Gayet).

D'autre part, à l'exemple de Fuchs, nous laisserons de côté le pseudo-ptérygion : ce dernier, que nous sommes habitué à observer de temps en temps, consécutivement à des blessures ou à des ulcères de la cornée, est dû, bien évidemment, à une adhérence établie entre la conjonctive et la cornée, celle-ci tirant l'autre. Sa pathogénie, comme ses caractères cliniques,

ne le rapprochent en rien du ptérygion typique dont nous allons maintenant aborder l'étude.

Chez les personnes âgées, comme l'a fait remarquer Bond, dans le mouvement d'occlusion des paupières, on assiste facilement à la production d'un pli dirigé suivant la ligne de jonction de celles-ci, de chaque côté de la cornée : ce qui s'explique, tout naturellement, par une laxité plus grande de la muqueuse conjonctivale, en rapport avec la disparition progressive du tissu aréolaire sous-muqueux, survenue avec les progrès de l'âge.

Nous avons pris soin d'examiner, à ce sujet, dans les divers services de l'Hôtel-Dieu, un grand nombre de vieillards, et nous avons pu nous rendre compte que, très souvent, non seulement nous déterminions facilement la production d'un pli en fermant les paupières, mais encore, surtout à l'angle interne, nous avons pu constater la présence d'un pli naturel, et non plus produit artificiellement, s'étendant de la caroncule à la cornée. Cette bride, d'aspect jaunâtre, se tendait lorsque l'œil se déviait en dehors : c'était un tissu résistant, scléreux, une véritable cicatrice. Dans d'autres cas, un pli était déjà plus ou moins esquissé, soit au-dessus, soit au-dessous de cette ligne directrice, si bien que, par une série d'observations, on pouvait remarquer tous les intermédiaires jusqu'à la formation du ptérygion complètement développé.

Il semble donc que cette ligne cicatricielle dont le siège est en rapport avec les mouvements des paupières, ait une influence sur la production de l'affection. Mais comment expliquer sa formation chez l'adulte?

Un fait facile à constater tout d'abord, c'est la vascularisation plus grande, de la partie de la conjonctive correspondant à l'angle interne. D'autre part, comme M. Bitot, l'a fait judicieusement remarquer pour expliquer la production du pingueculum, les paupières exercent à la surface de la conjonctive un véritable nettoyage : elles brassent incessamment la conjonctive vers leur point de rencontre : les corps étrangers, les débris épithéliaux, les leucocytes extravasés, toujours en quête de besogne, sont dirigés vers cette ligne, de préférence vers l'angle interne, suivant le cours naturel des larmes : quoi d'étonnant à ce que, sous cette influence, la conjonctive s'enflamme partiellement : d'où découle naturellement, la formation de la bride cicatricielle dont nous avons parlé ci-dessus.

A l'appui de ce mode de formation de la bride cicatricielle, sous l'influence des mouvements des paupières, nous pouvons invoquer l'anatomie comparée. Nous ne partageons pas l'opinion de Bond, prétendant que le ptérygion n'existe pas chez les animaux possédant une troisième paupière : cette assertion ne tient pas devant la constatation des faits : le cheval et le bœuf présentent en effet cette affection et nous ne sachions pas, cependant, qu'ils soient dépourvus de troisième paupière.

Mais on peut tirer de cet avis trop absolu une part de vérité : le ptérygion est relativement rare dans la série animale ; le corps clignotant, en effet, chargé de débarrasser le globe des corps qui pourraient le léser, se meut suivant une direction opposée à celle des paupières. Il contrebalance donc ce massage vertical dont

nous avons parlé en effectuant une sorte de massage horizontal, toutes choses qui empêchent l'irritation de la conjonctive suivant la ligne horizontale.

On sait, de plus, qu'il existe constamment un rapport inverse entre le développement du corps clignotant et la facilité qu'ont les animaux de se gratter l'œil avec le membre antérieur : à rapprocher de ce fait que la fréquence du ptérygion va en croissant du bœuf et du cheval au chien, jusqu'à l'homme, comme le corps clignotant, très développé chez le premier, diminue chez le second pour être chez l'homme à l'état rudimentaire.

Ces quelques considérations nous montrent que le ptérygion, et, par suite, la bride résistante que nous considérons comme son point de départ, est d'autant plus fréquent que les paupières sont plus libres d'exercer sur la cornée leur brassage perpétuel.

Quoi qu'il en soit, la bride cicatricielle est formée !

Que va-t-il arriver ?

Cette disposition « suffit pour changer les rapports entre le globe et la conjonctive, dans leurs mouvements réciproques ». « Essayons », avec M. le professeur Gayet, « de bien comprendre ce changement en nous faisant d'abord une juste idée du glissement conjonctival sur l'œil, lors des mouvements de ce dernier ».

« L'union intime de la muqueuse au pourtour de la cornée fait que la première est entraînée dans tous les mouvements du globe d'une quantité égale à l'étendue de ces mouvements, et, pour se prêter à cet

entraînement, elle doit se distendre ou se déplier. Dans les mouvements cardinaux : 1° de bas en haut, les culs-de-sacs inférieurs se déplissent ; 2° de haut en bas, les supérieurs le font à leur tour ; mais dans les deux cas, les rapports de la ligne horizontale ne changent pas, celle-ci se contentant de s'abaisser et de s'élever angulairement. Dans ce mouvement, le globe glisse un peu sous la conjonctive, tout en l'entraînant avec lui.

« Dans les déplacements horizontaux de l'œil, la conjonctive se plie et se replie dans les deux angles, par un mécanisme semblable, mais adapté à la différence de forme et la ligne verticale médiane exécute, à son tour, son mouvement de volet. Tous les glissements réciproques sont modifiés par l'état naturel ou acquis des muqueuses, et, tandis que chez certaines personnes, le globe fait corps avec son enveloppe fermement maintenue par des liens élastiques, chez d'autres, on lui voit former des plis plus ou moins nombreux et plus ou moins variés de direction. Eh bien ! nous sommes convaincu que le ptérygion, sa forme et sa prédisposition locale tiennent à la combinaison d'une bride cicatricielle horizontale avec la nécessité des glissements rendus indispensables par les jeux du globe.

« Supposons une bride un peu ferme, tendue du bord de la cornée à la caroncule : lorsque l'œil exécutera les mouvements verticaux destinés à porter la pupille directement en haut ou en bas, elle se déplacera angulairement sans difficulté. Dans les mouvements horizontaux internes elle se relâchera et se plissera, dans ceux destinés à porter la pupille directement en dehors

elle se tendra, exerçant sur son point d'attache cornéen une brusque traction, capable de l'irriter un peu. Maintenant supposons pour l'œil droit un mouvement dans le quadrant inféro-externe : la bride se tendra et formera comme une sangle, qui, en s'abaissant, entraînera avec elle, en la refoulant, toute la conjonctive située au-dessous et la forcera de faire un pli plus ou moins profond.

Peu à peu, ce pli incessamment répété prendra de la fixité et imprimera à l'ensemble le cachet spécial propre au ptérygion. La même chose se répètera en haut et ainsi le va-et-vient de la sangle aura vite établi cette plicature si originale et si constante que nous avons signalée. » (Gayet, *Éléments d'opht. Leçons cliniques*, 1893.)

M. le professeur Gayet, pour donner aux élèves une démonstration palpable du mode d'action de la bride cicatricielle, a eu recours au procédé suivant : Un cadre métallique cylindrique est muni d'une tige médiane portant une sphère en bois : celle-ci fait saillie d'un côté, et, son point culminant donne attache à un lambeau de parchemin qui s'insère, d'autre part, sur les bords du cylindre. Ajoutez un fil résistant, tendu, sur cette membrane, horizontalement, du point où elle adhère au globe, jusqu'au point opposé du cadre. Voilà, ce nous semble, assez bien réalisé, le système formé par le globe oculaire, la conjonctive et la bride cicatricielle.

Si nous venons, après avoir humecté préalablement le parchemin, à faire exécuter à ce pseudo-globe oculaire des mouvements, soit en haut, soit en bas, il

arrive un moment où la bride artificielle, tendue et résistante, se refuse à poursuivre sa course : si on essaye, doucement, de vaincre cette résistance, la bride résiste, et le parchemin, qui représente la conjonctive, se bute contre l'obstacle, en donnant lieu à la formation d'un pli. Intrigué, autant que charmé par cette ingénieuse démonstration, nous avons essayé de réaliser chez un animal les conditions ci-dessus énumérées : voici le résumé des modes tes expériences que nous avons entreprises à ce sujet.

Sans doute, il eût été plus conforme à la réalité, de produire une irritation lente et continue de la conjonctive ; mais, outre la perte de temps qu'auraient nécessité de pareilles manœuvres, notre embarras eût été grand, s'il se fût agi de trouver des substances irritantes pouvant exercer une action aussi localisée.

Nous avons alors procédé de la façon suivante. Le sujet de l'expérience était un chien bouledogue, dont les globes oculaires saillants se prêtaient mieux à l'expérience : l'angle externe de l'œil gauche fut choisi, l'interne étant difficilement abordable, vue la présence gênante de la troisième paupière.

Le 12 mai 1893, après chloroformisation, section de la conjonctive suivant une ligne horizontale, dirigée du cul-de-sac conjonctival externe à la cornée. Réunion immédiate au moyen de cinq points de suture.

Le 19 mai, on enlève les fils : 4 des points de suture sont cicatrisés ; seul, le plus rapproché de la cornée a cédé et laisse une petite ulcération bourgeonnante, de la grosseur d'un grain de millet. Au niveau de la ligne

de réunion, la conjonctive est le siège d'une inflammation assez nettement circonscrite, se manifestant sous forme d'un cordon rougeâtre, en saillie sur le plan sous-jacent.

L'œil étant tiré en dedans, on voit très nettement se dessiner un pli à la partie supérieure; à la partie inférieure, il est encore plus accusé et sous-tend la cornée dans une étendue de 3 mm. environ. Il y a une tendance à la forme triangulaire, qui n'est cependant pas encore très accusée.

Le 2 juin, l'inflammation est presque nulle: il existe un triangle bien formé, à base externe, dont le sommet affleure la cornée.

Un stylet s'engage dans une étendue de 2 mm. sous le pli supérieur, de même que sous le rebord inférieur. Cette petite tumeur triangulaire se laisse très bien détacher par les ciseaux.

Nous répétons la même opération sur l'œil droit: le résultat est identique.

Ces observations nous permettent donc de penser que la bride cicatricielle, artificiellement provoquée, peut être invoquée comme cause suffisante pour expliquer la forme du ptérygion et la présence des replis supérieur et inférieur.

Comment expliquer, dans cette hypothèse, la formation de la tête du ptérygion, et la marche en avant de celui-ci?

L'épithélium antérieur de la cornée se laisse très facilement détacher: il suffit, pour s'en rendre compte, d'exercer sur l'œil d'un animal, le mouton par exemple, une traction même légère, au niveau du limbe

scéléro-cornéen, pour voir cet épithélium se soulever. Ce fait admis et dûment constaté cadre très bien avec les idées que nous avons énoncées précédemment.

L'œil étant dans la position primaire du regard, la bride cicatricielle a une certaine longueur AB. A ce moment, elle n'est pas distendue et n'intéresse en rien l'intégrité des parties avoisinantes de la cornée : mais si le globe oculaire vient à exécuter un mouvement d'abaissement ou d'élévation, directement, c'est-à-dire sans combinaison d'une rotation autour de l'axe vertical, la bride qui est douée d'une extensibilité relative, ne peut occuper une position A'B' sans remédier à son peu de souplesse par l'attraction, le tiraillement de l'épithélium cornéen : la seconde ligne est en effet plus longue que la première, car elle représente l'hypothénuse d'un triangle rectangle qui aurait eu la première pour grand côté de son angle droit.

Il est évident que le tiraillement sera encore plus accusé si la rotation autour de l'axe horizontal, s'accompagne d'un mouvement autour de l'axe vertical, portant l'œil dans un des quadrants supérieur ou inférieur du côté opposé à celui où siège la bride.

L'épithélium ainsi tirailé se détache de la membrane de Bowman, déterminant au-devant de celle-ci la formation d'une petite poche qui ne va pas tarder à être occupée. Les cellules lymphatiques, toujours prêtes à se jeter sur la cornée, ne peuvent manquer une aussi belle occasion d'exercer leur activité. Elles arrivent en rang serré, innombrables et profitent de chaque trac-

tion exercée par la bride cicatricielle, pour effectuer une marche en avant lente, mais implacable, appelant au besoin à leur aide quelques microbes errant ça et là et bien aises, eux aussi, d'assurer la cornée de leur inimitié éternelle.

---



## Anatomie Pathologique.

---

En quoi consiste le ptérygion ? Quels sont les éléments qui entrent dans sa composition ? La réponse à ces questions a été magistralement formulée par Pétrequin, qui, en 1838, fit paraître un travail très complet sur l'anatomie pathologique de l'affection.

Voici comment le docteur Olivet résume les idées de son maître : « La nature du ptérygion, dit-il, est un épaississement du tissu cellulaire sous-conjonctif : quand il reste là, c'est le premier degré, ou ptérygion cellulaire. A mesure que l'hypertrophie augmente, des vaisseaux s'y développent, en allant de la base du ptérygion à son sommet. C'est le ptérygion vasculaire. Quand ce développement vasculaire est très prononcé, on a la variété qu'on appelle ptérygion charnu. Enfin, quand il a longtemps subsisté sous cette dernière forme, il s'y fait une dégénérescence analogue à celle qu'on remarque dans quelques muscles et, le plus souvent, dans ceux du cœur, la dégénérescence graisseuse. »

Ces notions d'anatomie microscopique sont exactes : mais, à l'heure qu'il est, par suite de procédés histo-

chimiques plus perfectionnés, on a soumis le tissu de l'onglet à un examen microscopique rigoureux. Voici le résumé des opinions récentes émises sur ce sujet par le professeur Fùchs, de Vienne.

D'après cet auteur, le revêtement du ptérygion est constitué par l'épithélium conjonctival, qui, plus ou moins altéré, le tapisse sur toute sa longueur. La couche la plus profonde de ces cellules est formée d'éléments très petits, granuleux, qui se différencient, par ces caractères, d'avec l'épithélium de la cornée.

La première modification que subit l'épithélium conjonctival, consiste dans un épaississement, surtout marqué au niveau des culs-de-sac. Peu après, de préférence sur les mêmes points, ces cellules deviennent plus cylindriques : beaucoup d'entre elles subissent la dégénérescence muqueuse et se transforment en cellules caliciformes.

Au lieu d'être isolées, ces dernières peuvent se grouper, se rassembler et le résultat de cette association arrive à former des glandes tubuleuses typiques à sécrétion muqueuse. Dans certains cas, le canal excréteur étant oblitéré, on se trouve en présence d'un véritable kyste, de volume variable.

Au niveau de la tête du ptérygion, la couche épithéliale acquiert son maximum d'épaisseur : on y constate les signes d'une prolifération plus ou moins intense.

Pour ce qui caractérise le tissu de soutènement du ptérygion, c'est-à-dire le tissu conjonctif, Fùchs a constaté une transformation particulière, hyaline, des fibres conjonctives : elles sont fortement gonflées et

très allongées, elles décrivent des contours sinueux et constituent, de ci de là, des espèces de nodosités proéminentes. Les vaisseaux, de leur côté, se présentent aussi avec tous les caractères de la dégénérescence hyaline.

Vers la tête du ptérygion, ce tissu transformé, adhère intimément au tissu cornéen, ce qui s'expliquerait assez facilement, les fibres normales n'ayant pas encore parcouru tous les stades de la dégénérescence hyaline.

Füchs considère la membrane de Bowmann, comme détruite, au niveau du ptérygion. Ce n'est pas cependant qu'elle n'oppose aucune résistance à se laisser envahir par la dégénérescence hyaline : tout au contraire, elle paraît tenir tête bravement à cet envahissement, car, dans certains cas, on trouve vers la tête du ptérygion, les tissus transformés, déversés en quelque sorte sur la membrane de Bowmann, plus ou moins intacte.

Ce ne sont, du reste, que les lamelles les plus superficielles de la substance propre de la cornée qui dégénèrent. Au niveau de la zone de progression, des traînées compactes du tissu fibrillaire hyalin s'insinuent entre les lamelles cornéennes, encore normales. D'autres s'insinuent entre la membrane de Bowmann et l'épithélium qu'elles soulèvent. Contrairement à l'opinion de Arlt, cette zone de progression n'est pas ulcérée.

Füchs termine cette analyse minutieuse et délicate en admettant qu'un dépôt de matière hyaline entre les fibres conjonctives (ce qui représente pour lui le

pingueculum) altère les sucs nourriciers qui pénètrent dans la cornée, cette altération donnant lieu à une nutrition anormale des tissus, dont l'expression serait le processus hyperplasique aboutissant au ptérygion.

M. Poncet, dans un travail antérieur à celui de Fùchs, a émis une opinion différente sur la constitution du ptérygion : « Supposons, dit-il, la cornée portant à sa périphérie trois petits ulcères..... Sous l'influence de la cicatrisation (Arlt) la conjonctive est tirillée pour venir s'appliquer sur ces trois points : la muqueuse se soude directement sur tous les points privés de la membrane de Bowmann, tandis que, sur les parties revêtues d'épithélium, sur les points non ulcérés, cachés néanmoins sous le repli muqueux, l'histologie retrouvera plus tard les deux couches épithéliales superposées. Mais tout n'est pas fini : dans cette conjonctive sont inclus des vibrions parasitaires..... »

Que penser de ces opinions professées par des chirurgiens également recommandables ? Les idées que M. Poncet (la question de microbes mise à part) se fait sur l'anatomie-pathologique du ptérygion, découlent trop évidemment de l'idée dont il est partie, à savoir : la théorie de l'herpès ulcère. Sans nous préoccuper des mille détails observés par Fùchs dans la constitution du ptérygion, nous nous rallions, d'une manière générale, aux vues de ce dernier, sans cependant les accepter d'une façon absolue.

D'après les examens histologiques qu'il nous a été permis de faire dans le laboratoire de la clinique, le tissu de soutènement du ptérygion est constitué par le

tissu normal hypertrophié : peut-être, cependant, les fibres élastiques seraient-elles moins abondantes.

Quant à la muqueuse, nous avons constamment noté une prolifération épithéliale, surtout accusée au niveau des culs-de-sac ; çà et là des cellules et même de véritables glandes muqueuses.

Quant à la tête du ptérygion, nous n'admettons pas plus, à ce niveau, la présence de la conjonctive, comme le veut M. Poncet, que nous ne sommes porté à admettre, avec Fùchs, la destruction de la membrane de Bowmann.

L'onglet représente une poche bourrée d'éléments divers, leucocytes entre autres, la paroi postérieure étant représentée par la membrane de Bowmann, l'antérieure par l'épithélium de la cornée transparente.

En un mot « il y a là une hypertrophie, mais pas de néoplasie » (Gayet.)

---



## Symptomatologie.

---

Il est rare que le ptérygion attire l'attention du malade, à son début : les sujets sur lesquels nous l'avons vu se développer de préférence, ne se livrent pas, d'ordinaire, à un examen minutieux de leur personne : les besoins de la vie ne leur laissent guère le temps de s'observer : beaucoup, depuis de longues années, ne se sont pas pris, ne fut-ce qu'un instant, à regarder leur image réflétée par un morceau de glace. Ajoutez à cela cette indifférence pour le voisin, qui, chez les paysans, se secoue uniquement lorsqu'on se montrent des lésions incompatibles avec le travail, et vous ne serez pas surpris de voir ces bonnes gens arriver à l'hôpital, avec des troubles de la vue déjà très accusés.

Ceux qui se livrent à une auto-observation plus sévère, sont gênés, tout d'abord, par des picotements : il leur semble que du gravier très fin est interposé entre leurs paupières et le globe oculaire : les yeux pleurent : c'est une conjonctivite plus ou moins intense qui fait son apparition, pour cesser de temps en temps et présenter ainsi une longue série d'accalmies et d'exacerbations.

Que si le malade vient à examiner ses yeux, durant les périodes intercalaires, il constate sans trop de peine, la présence du ptérygion, avec sa forme si caractéristique : il a, dit-il « une peau » sur l'œil.

Lorsque l'onglet a envahi la cornée sur une certaine étendue, apparaissent des troubles de la vision. Le champ visuel se rétrécit peu à peu et un astigmatisme irrégulier vient encore compliquer la situation. Il est rare cependant, dans nos climats, que l'affection, poursuivant sa marche, détermine une cécité complète. Dans les pays chauds, à Madère, par exemple, beaucoup d'aveugles devraient leur triste sort à la marche rapide et envahissante suivie par les ongles.

La diplopie est notée dans bon nombre d'observations : nous-mêmes avons eu occasion de vérifier le fait plusieurs fois, notamment chez un malade observé il y a quelques jours, atteint de deux ptérygions internes, et qui voyait double lorsque ses yeux essayaient de regarder à gauche.

En possession de ces données, que le malade peut fournir au chirurgien, voyons à quelles constatations peut se livrer celui-ci. — La forme du ptérygion, si typique, ne saurait laisser de doute dans l'esprit de l'observateur : cette petite production triangulaire, à base périphérique, dont le sommet est à la cornée, présente deux parties bien distinctes : la tête et le corps. Le corps est tantôt mince et jaunâtre, parcouru par un fin lacs de vaisseaux, rappelant assez bien une mince pellicule d'oignon : tantôt il est rougeâtre, charnu, sans structure bien apparente à la simple inspection.

Si on essaye de délimiter les bords supérieurs et inférieurs à l'aide d'un stylet, celui-ci s'enfonce d'une certaine longueur, sous chacun d'eux, et révèle, par conséquent, la présence d'un cul-de-sac : on en déduit l'existence d'un septum conjonctival médian qui rattache la production pathologique au globe oculaire : dans aucun cas, le stylet ne peut passer complètement sous le ptérygion : celui-ci ne forme jamais un pont, à proprement parler : ou du moins, c'est un pont qui serait soutenu et porté par une arche unique, qui ne présenterait aucune solution de continuité et rendrait tout passage impossible.

Les faits de ptyrégion faisant « pont » signalés par quelques auteurs, doivent être, sans aucun doute, rapportés à la maladresse de l'observateur, soit que le stylet ait été manié par une main trop lourde, soit que le septum conjonctival, ayant présenté une friabilité incompatible avec une exploration même très douce, le chirurgien ne se soit pas rendu compte d'une résistance vaincue.

La tête du ptérygion, l'onglet, se présente sous des aspects très variés : il ne faudrait pas croire, bien qu'il représente le sommet du triangle pathologique, que l'on ait affaire au sommet impeccable, en tant qu'exactitude, d'un triangle géométrique : cette tête, comme il est facile de s'en rendre compte, et comme Fuchs le fait remarquer avec insistance dans un de ses derniers travaux, cette tête est toujours un bord large, plus ou moins déchiqueté, se faisant remarquer par sa couleur plus grisâtre et sa proéminence marquée, en dos d'âne, du côté de la cornée transparente.

La couleur de l'onglet est tantôt flou, tantôt blanche, nacrée, d'aspect tendineux. D'ordinaire, les vaisseaux n'y pénètrent pas, exception faite pour les cas où une inflammation conjonctivale, entretenue ou provoquée par le ptérygion, détermine, à ce niveau, la production d'anses vasculaires : mais alors, cette portion vascularisée fait partie intégrante du corps du ptérygion et la tête, réduite d'autant, ne retrouve son individualité qu'à partir du point où les anses vasculaires se recourbent brusquement pour suivre un trajet rétrograde.

Examinée, dans les différents mouvements de l'œil, à la loupe, la surface de l'onglet est unie et polie, dans la majorité des cas : ce qui implique nécessairement la présence d'un épithélium n'ayant subi aucune atteinte.

Dans bon nombre de cas, pour un ptérygion interne de l'œil gauche, par exemple, on peut remarquer facilement que le ptérygion se tend fortement, à l'occasion d'un mouvement exécuté dans le quadrant inféro-externe ou supéro-externe. De plus, le malade, comme nous l'avons constaté, accuse très bien un sentiment de tension et on voit survenir parfois de la diplopie, les deux axes visuels ne coïncidant plus, par suite de l'arrêt forcé imprimé par le ptérygion au mouvement de l'œil sur lequel il s'est développé.

La marche de l'affection est très variable : ici, comme pour l'étiologie et le traitement, diverses circonstances interviennent, dont les unes restent inexplicables, tandis que d'autres trouvent leur explication toute naturelle dans les antécédents, la profession du sujet... etc....

En général, l'onglet marche lentement chez les gens qui ne sont pas astreints à un travail pénible : chez les ouvriers, au contraire, bien que subissant des arrêts temporaires et mettant parfois 15 ans avant de déterminer une gêne notable de la vision, le ptérygion devient souvent immédiatement gênant en un mois, 15 jours : nous avons noté maintes fois cette marche précipitée d'une affection jusque là latente, à la suite d'un traumatisme, après la moisson, sous l'influence des chaleurs estivales..... etc.....

La plupart des auteurs ont remarqué la cessation de la marche en avant, lorsque le champ pupillaire était complètement voilé. On pourrait peut-être expliquer ce fait, à la suite de ce que nous avons dit sur le mode d'action de la bride cicatricielle, en admettant que celle-ci, lorsque le ptérygion a dépassé le point culminant de la cornée, trouve des conditions de traction toutes différentes, une partie de la force étant perdue par suite de la courbure que subit le ptérygion, au niveau du point culminant de la cornée transparente.

---



## Diagnostic.

---

Bien que le diagnostic du ptérygion soit ordinairement facile pour ceux qui ont quelques notions de pathologie oculaire, nous croyons, cependant, qu'il ne paraîtra pas déplacé de le différencier d'avec un certain nombre d'autres lésions cornéennes ou conjonctivales, présentant avec lui certaines ressemblances, au point de vue du siège et de la forme.

Dè ces affections diverses, les plus fréquemment observées sont représentées par le pseudo-ptérygion, le symblépharon, le pannus, l'épithélioma de la conjonctive et le pingueculum.

Comme nous l'avons fait remarquer au sujet de la pathogénie, on peut observer, à la suite des blessures ou des ulcères de la cornée, des productions pathologiques désignés par Fuchs, sous le nom de pseudo-ptérygion.

D'après cet auteur, de telles lésions, dues à des adhérences kérato-conjonctivales, ne s'avancent jamais sur la cornée, laissent en général libre le limbe conjonctival, de sorte, qu'en cet endroit, on peut passer une sonde au-dessous. Enfin, elles peuvent procéder de

tous côtés, alors que le ptérygion vrai, ne se montre qu'en dedans ou en dehors de la cornée.

Tandis que le ptérygion survient le plus souvent, nous l'avons dit, à l'insu du malade, le symblépharon est ordinairement la conséquence fâcheuse d'accidents divers que le sujet n'a pu laisser inaperçus. Au premier chef, les brûlures, les inflammations chroniques de la conjonctive, les ulcérations de la cornée.

Le symblépharon est formé d'un tissu cicatriciel, d'aspect blanchâtre, rattachant le bulbe de l'œil à la paupière, alors que l'onglet n'a pas de rapport avec cette dernière. Celui-ci est toujours rattaché au globe par un septum médian conjonctival, le symblépharon laissant souvent derrière lui un passage que l'on peut mettre en évidence au moyen d'un stylet.

On observe parfois des onglets vascularisés en grande partie et la confusion, dans ces cas, pourrait se faire avec un pannus de la cornée. Mais celui-ci siège le plus souvent à la partie supérieure de cette membrane : il n'a pas cet aspect tendineux, nacré que présente toujours, au moins en certains points, la tête du ptérygion : la coïncidence d'une conjonctivite granuleuse lèverait tous les doutes, jointe à ce fait que, s'il s'agit d'un pannus, outre la forme de cette affection qui est souvent mal limitée, on chercherait en vain sur la conjonctive le corps d'un ptérygion, avec sa forme si caractéristique et les particularités que nous avons signalées.

Le méridien horizontal de l'œil est un lieu d'élection où se fixent volontiers les épithéliomas de la conjonctive.

Ceux-ci pourraient en imposer pour cette variété de ptérygion, dite ptérygion charnu. Mais l'épithélioma est le privilège des gens ayant atteint un certain âge : son développement ne va pas sans douleurs ; sa forme est irrégulière : il est bourgeonnant, fongueux, sujet aux hémorragies, toutes choses que nous n'observons pas au cours de l'évolution d'un ptérygion.

Quant au pingueculum, son siège au niveau du méridien horizontal de l'œil est la seule raison qui permette de le faire entrer ici en ligne de compte. En fait, sa forme globuleuse, son aspect jaunâtre, ses contours bien limités, sa résidence exclusivement conjonctivale ne peuvent faire planer longtemps le doute, dans l'esprit de l'observateur.

Nous ne voulons pas terminer ces quelques lignes de diagnostic différentiel, sans toucher un mot d'une affection ne paraissant pas avoir attiré l'attention des auteurs qui ont disserté jusqu'à présent sur le ptérygion.

Le plus souvent, le début a lieu dans l'adolescence de 10 à 20 ans, sous forme d'une petite tumeur jaunâtre, oblongue ou arrondie, plus volumineuse que le pingueculum, siégeant sur la conjonctive, au niveau du méridien horizontal. Chose curieuse, cette production pathologique affecte parfois la forme du ptérygion, comme Pereira Guimaraës en a cité un exemple et comme nous en avons vu nous-même un très beau cas dans le service de la clinique. Mais la base est à la cornée, le sommet au grand angle. On aurait pu croire à une inversion d'un ptérygion, mais il n'y avait pas l'onglet si facilement reconnaissable de celui-ci ; l'exa-

men microscopique révélait des lésions communes au pannus et aux granulations conjonctivales, avec des différences en plus ou en moins, c'est-à-dire qu'au niveau du derme, les leucocytes extravasés se pressaient en grand nombre : sous quelle influence ? Ad huc sub judice .... Avons-nous affaire à des microbes, qui produiraient les mêmes lésions ? En fait, des ensemencements, faits avec les productions ci-dessus décrites, n'ont fourni aucun résultat.

---

## Traitement.

---

Indépendamment des troubles qu'il détermine du côté de la vision, le ptérygion est encore un danger pour le malade par suite des transformations qu'il peut subir ou de l'obstacle qu'il apporte à l'issue heureuse de certaines opérations pratiquées sur l'organe de la vue. Il y a déjà beau temps que J. E. Gaston (1) relatait une observation de ptérygion volumineux devenu cancéreux. Plus près de nous, en 1892, Würdenmann insiste sur l'avantage et même la nécessité qui incombent au chirurgien, de débarrasser au préalable la cornée de ses ptérygions, avant de tenter aucune opération sur elle. Avec M. Poncet, il considère le ptérygion comme un nid à microbes et cite, à l'appui de son dire, un cas d'iridectomie faite sur un œil atteint d'un large ptérygion : malgré les soins antiseptiques et les lavages soignés qui avaient précédé l'opération, on observa un gonflement purulent du ptérygion et des phénomènes d'iritis grave, accompagnés d'ulcère et d'opacité de la cornée.

---

(1) Ann. soc. de méd. prat. de Montpellier, 1804.

Quels sont donc les phénomènes pathologiques survenus au cours du ptérygion qui doivent commander une intervention ? Quand faut-il intervenir et comment intervenir ?

Ce qui doit surtout attirer l'attention du chirurgien, c'est moins l'étendue de la lésion que les troubles fonctionnels : ces deux ordres de faits ne sont pas nécessairement connexes : ils n'évoluent pas suivant un parallélisme absolu : et tel malade, dont l'onglet atteint déjà 3 millimètres, ne manifestera aucune gêne de la vision, alors qu'un autre subira déjà les atteintes d'un astigmatisme prononcé, avec un ongle à peine apparent.

Marlow de Syracuse (1) est d'avis que le ptérygion doit être opéré, alors même qu'il n'empiète pas sur la cornée, toutes les fois que la vue subit un léger trouble, ce qui tient à un degré d'astigmatisme variable, résultat du tiraillement exercé par le ptérygion.

Cette opinion nous paraît exagérée ; ou, du moins, elle n'est pas de mise en pratique. Il faut faire intervenir ici d'autres considérations. Si ces troubles légers de la vue se révèlent chez un cultivateur, un ouvrier, exposé, de par sa profession, à voir les phénomènes dont il se plaint, s'accroître avec le temps, l'intervention n'est pas douteuse. Mais, par contre, si le sujet de l'observation n'est pas soumis à un travail pénible et exposé à la vie au grand air, de simples règles d'hygiène peuvent suffire à enrayer la marche de l'affection. Tel le cas d'un de nos amis, se plaignant de

---

(1) New-York Medical journal, 25 août 1888.

larmolement et de picotements produits par un ptérygion : celui-ci empiétait sur la cornée de 3 millimètres au moins : malgré tout, M. le professeur Gayet ne jugea pas l'intervention absolument nécessaire, se contentant de proscrire autant que possible le travail à la lumière artificielle et le séjour dans les pays chauds. Mais, ces questions de personnes mises à part, il est difficile de tracer des règles de conduite applicables à la généralité des faits : hormis les circonstances où un envahissement notable de la cornée, joint à un astigmatisme prononcé, voire même de la diplopie, commandent une intervention prompte et énergique, il est bien évident que le chirurgien sera seul juge pour décider de l'opportunité d'un traitement, dans chaque cas particulier.

Avant d'en venir à l'examen des divers procédés employés par les chirurgiens contre la marche envahissante de l'onglet, disons quelques mots du traitement médical, qui, d'après certains auteurs, aurait produit maintes fois une fonte miraculeuse du ptérygion.

*Traitement médical.* — Ambroise Paré, quoique partisan de l'excision, conseillait cependant quelques moyens médicaux : « Il faut user, dit-il, de bon régime de vivre, estre purgé, saigné, principalement s'il y a grande inflammation. Et pour les médicaments topiques, afin de consommer icelle excroissance, et en prohiber l'augmentation, on mettra souvent dans l'œil de notre collyre de vitriol.... »

La première partie de la médication, le « bon régime de vivre » devait sans aucun doute être bien reçue des porteurs de ptérygions, contemporains de notre grand

chirurgien. Nous aimons à croire cependant que les purgatifs répétés et les saignées abondantes qui formaient le complément obligé de la cure, devaient pousser les malades à se décider pour l'intervention chirurgicale.

M. de Saint-Yves, professe les mêmes idées qu'Ambroise Paré. Traitement médical, au début, chirurgical, à la fin. Il se « sert utilement de la pierre divine, dissoute dans l'eau commune, ou de celle de Crollius ». Sue le jeune « atténue, consomme et dessèche le ptérygion par l'un des remèdes suivants, proposés par maître Jean :

Prenez : D'os de sèche : un scrupule.

De cristal fin : un demi-scrupule.

De vitriol blanc : quinze grains.

D'iris de Florence : un demi-gros.

De sucre candi : un gros.

Le tout réduit en poudre très fine, dont on répand quelques grains sur l'ongle, 3 ou 4 fois par jour, observant de laver l'œil, une demi-heure après son application, avec quelque eau ophtalmique » (1).

En 1852, le docteur Decondé signale un cas remarquable, ayant trait à la disparition d'un ptérygion par l'emploi de l'acétate neutre de plomb.

Desmarres obtient, en 1868, un résultat analogue par l'emploi du sulfate d'alumine.

Enfin Darier, en 1890, prône les frictions avec la lanoline hydrargyrique.

---

(1) In Dictionnaire de santé, par M. Sue le jeune. MDCC LXXII.

Somme toute, si, en regard de ces cas isolés et faciles à compter, dont la guérison est attribuée à des agents médicaux, si en regard de ces faits on met tous les succès obtenus en traitant les ptérygions par les mêmes procédés, on est forcé de convenir de l'utilité d'un traitement chirurgical.

Essayons de passer à l'étude de ce dernier et voyons si les nombreuses opérations, pratiquées par les ophthalmologistes, peuvent être acceptées comme véritablement curatives.

*Traitement chirurgical.* — Ce ne sont pas les procédés opératoires qui manquent : et si les chances de guérison d'une affection oculaire se mesuraient au nombre des opérations qu'on peut lui appliquer, nous aimons à croire que le ptérygion tiendrait une place honorable dans le cadre de ces maladies privilégiées.

Malheureusement, il n'en est rien : la multiplicité de ces procédés n'est qu'une fausse richesse ; et presque tous, jusqu'à présent, n'ont pu s'opposer, le plus souvent, à la récurrence du mal.

La suppression toute simple de l'affection devait naturellement se présenter la première à l'esprit du chirurgien. Aussi, l'excision constituait le procédé en honneur dans l'antiquité : nous le trouvons décrit dans les ouvrages de Celse et les vieux chirurgiens français n'avaient pas d'autres moyens thérapeutiques.

Ecoutez dissenter Gordon, qui enseignait à Montpellier, en 1285 : « Trahatur unguis cum unco et tunc excorietur cum extremitate cannæ subtilis, et scindatur cum forcibus, et sint in scindendo duæ cautelæ, quod totum abscindatur, aliter citro reverteretur. »

Ambroise Paré exprime les mêmes idées, insistant sur ce fait que, après l'opération, « il faut que le patient ouvre et remue souvent son œil, de peur que la palpèbre ne se coalesce contre la partie d'où on aura tiré l'ungula ».

Castorani, de Naples(1), après excision du ptérygion, cautérise, chaque jour sans exception, la plaie qui résulte de cette opération. Il veut, par cette pratique, éviter le développement d'un tissu inodulaire, pouvant occasionner plus tard un strabisme permanent.

Nous pouvons rapprocher de l'excision simple, le procédé décrit par Wright, en 1838. Se basant sur l'issue heureuse d'un accident survenu au cours d'une opération de ptérygion, cet auteur conseille de saisir le sommet de ce dernier entre les mors d'une pince et de tirer brusquement. L'onglet se détacherait pour ainsi dire mathématiquement, au niveau de ses attaches conjonctivales. Si les procédés de force doivent être, autant que faire se peut, bannis de la chirurgie générale, ces manières de faire, brutales et inconsidérées, doivent être surtout prosrites lorsqu'il s'agit d'intervenir sur un organe aussi délicat que l'organe de la vision.

On ne fut cependant pas, dès l'origine, sans remarquer les méfaits attribuables à l'excision. Outre les relations anormales qui, à la faveur de ces procédés, s'établissaient entre la conjonctive et les paupières, la rétraction cicatricielle gênait fort les mouvements

---

(1) Annales d'oculistique, 1867.

du globe oculaire et les récurrences dépassaient de beaucoup le nombre des guérisons.

Pour se garantir des résultats fâcheux inhérents aux modes d'intervention ci-dessus exposés, on imagina de réunir, par des points de suture, les deux lèvres de la plaie conjonctivale succédant à l'ablation du ptérygion. C'est le procédé adopté par M. le professeur Panas et décrit, dès 1853, par M. Tavignot (1). Dans sa thèse inaugurale, sur trois observations de ce genre, Roudouly note deux guérisons et une récurrence.

Scarifications. — On avait aussi imaginé de scarifier le ptérygion, pensant en déterminer l'atrophie en le privant des vaisseaux sanguins qui y circulent. L'idée était belle, mais les résultats ne confirmèrent pas la théorie ; au bout de peu de temps, les vaisseaux avaient recouvré leur perméabilité et la marche de l'affection n'était en rien retardée.

Ligature. — Les anciens avaient déjà combiné l'excision partielle avec une ligature appliquée à la base du ptérygion. Szokalski ne fit que modifier ce procédé, en ajoutant une ligature pour le milieu de l'onglet, une autre pour le sommet. Somme toute, la ligature était justiciable des mêmes reproches que l'excision dont elle n'était d'ailleurs qu'un temps préparatoire.

Meyer, après dissection du ptérygion et ligature de sa base, procède à une autoplastie par glissement, en suturant les deux lèvres de la plaie conjonctivale.

---

(1) Revue de thérapeutique médicale, chirurg., 1853.

Déviatiôn. — Frappé des inconvénients que présentaient les méthodes précédentes, Desmarres imagina de fixer le ptérygion, après l'avoir disséqué jusqu'à sa base, dans une plaie faite à la conjonctive. A l'appui de sa manière de procéder, il invoque les considérations suivantes : « Tout ptérygion, dit-il, atteint son maximum de développement, lorsqu'il est arrêté au centre de la cornée ; il ne va pas plus loin. Si on le fait dévier de sa direction primitive, il continue sa marche jusqu'à ce qu'il ait atteint son entier développement, puis il s'arrête. En outre, on n'est pas exposé à une récédive, puisqu'on conserve le ptérygion tout entier et qu'on ne fait que le transplanter dans un point où il pourra se développer complètement sans gêner la vision. »

C'était sans doute beaucoup trop d'honneur que cette sorte d'autonomie attribuée au ptérygion. Nous avons indiqué, au début de ce travail, que la marche du ptérygion était due à des conditions mécaniques particulières : la suppression de celles-ci enlève à l'affection son individualité et empêche du même coup son accroissement.

Néanmoins, il faut reconnaître à Desmarres le mérite d'avoir voulu conserver quand même le tissu du ptérygion, idée qui trouvera plus loin son application lorsque nous parlerons du traitement de M. le professeur Gayet.

Au surplus, les récédives se montrèrent encore après l'application du traitement de Desmarres, malgré le perfectionnement que crut lui apporter Knapp, en suturant les deux lèvres de la plaie conjonctivale,

résultant de l'enlèvement du ptérygion, et en partageant celui-ci en deux moitiés, pour effectuer une double transplantation.

Enroulement. — Nous passerons sous silence le procédé du docteur Maurel qui est, à peu de chose près, celui de Desmarres, pour arriver à celui que préconise Galezowski.

Dans sa thèse de 1885, Darrigade s'exprime ainsi à ce sujet : « Quand le ptérygion est bien libre dans toute sa longueur, on prend un fil dont les deux chefs sont armés de deux aiguilles courbes et on traverse le sommet avec les deux aiguilles, de manière à le tenir pris dans une petite anse. Puis, retournant successivement les deux aiguilles en dedans, on vient les faire ressortir tout à fait à la base de la tumeur, l'une près du bord supérieur, l'autre près du bord inférieur. On prend ensuite les deux chefs et on les réunit fortement par un nœud. En serrant ainsi, la tête de l'onglet s'enroule au dedans et vient s'appliquer près de la base, qui, elle, est étranglée par le nœud. »

Procédés autoplastiques. — On s'est enfin préoccupé d'appliquer l'autoplastie à la cure du ptérygion.

En 1891, le docteur Chibret, de Clermont-Ferrand, a publié, sur cette question, un travail intéressant (1). « Les procédés usités actuellement, dit-il, pour remédier chirurgicalement au ptérygion, ont un commun inconvénient : ils déplacent ou détruisent le ptérygion, sans remplacer par de la conjonctive saine et lâche, la

---

(1) Archives d'ophtalmologie, année 1891, t. XI.

partie occupée par le ptérygion... J'ai imaginé, pour remédier à cet inconvénient, de combiner le déplacement du ptérygion, soigneusement disséqué et cautérisé, avec une abrasion conjonctivale fournissant deux lambeaux, supérieur et inférieur, qui, par torsion et suture, viennent largement combler la lacune constituée par le déplacement du ptérygion... Sur six cas, suivis depuis 1888, il ne m'est pas arrivé d'enregistrer un seul insuccès. »

Avant d'arriver au procédé de M. le professeur Gayet, disons d'abord comment nous comprenons les récurrences fréquemment notées, à la suite de la plupart des opérations précédentes.

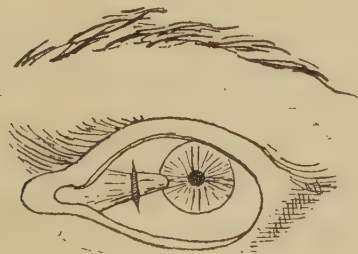
Sans parler des conséquences fâcheuses, succédant à l'ablation de larges ptérygions, telles que : adhérences conjunctivo-palpébrales, gêne des mouvements de l'œil, diplopie... supposons un ptérygion de moyenne grandeur : enlevons-le : que la plaie ainsi produite soit ou ne soit pas suturée, qui ne voit qu'à ce niveau va se former un tissu de cicatrice, réalisant, on ne peut mieux, la bride cicatricielle qui représente pour nous la phase initiale du ptérygion ? De plus, la rétraction de cette cicatrice est on ne peut plus favorable à la marche de l'onglet, par suite du tiraillement qu'elle exerce sur la cornée.

Au fait, M. le docteur Chibret a résolu, pour sa part, le problème posé à la sagacité des chirurgiens : et nous ne nous étonnons pas que sa méthode lui ait procuré de beaux succès. Mais, antérieurement à sa publication, M. le professeur Gayet, mettait déjà en pratique un procédé, tendant au même but, mais y arrivant

par des moyens tout différents et découlant des notions de pathogénie que nous avons longuement exposées.

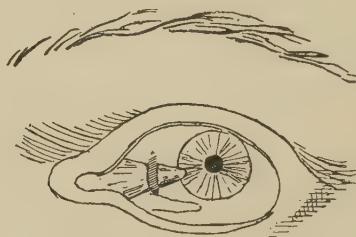
*Traitement de M. le professeur Gayet.* — Lorsqu'on intervient, dans le cas de ptérygion, ce n'est pas contre la partie conjonctivale de celui-ci qu'est dirigée, le plus ordinairement, l'opération. Ce qui importe surtout, c'est d'arrêter la marche de l'affection. Or, nous l'avons déjà dit, l'onglet progresse parce que le ptérygion forme une bride résistante et trop courte, tirillant la cornée dans les mouvements un peu forcés du globe oculaire. Si nous voulons remédier à cet état de choses, il est rationnel de penser que nous obtiendrons peut-être satisfaction, en *allongeant* et non en raccourcissant encore le tissu morbide.

Partant de ces données, M, le professeur Gayet procède alors de la façon suivante : l'œil malade ayant été, au préalable, anesthésié par la cocaïne et les paupières maintenues écartées, on sectionne, verticalement, le ptérygion en son milieu. Les deux moitiés ainsi formées se rétractent alors ; l'une vers la base, l'autre vers la cornée, déterminant ainsi une plaie, de grandeur variable, suivant l'élasticité du tissu, et affectant la forme d'une feuille de myrthe.

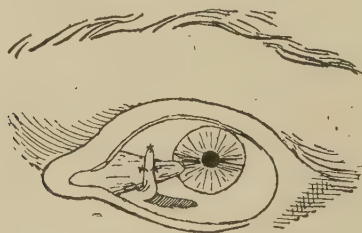


Si les choses en restaient là, nous ne serions guère plus avancés : un tissu cicatriciel se formerait qui, par sa rétraction, rendrait le ptérygion encore plus court qu'avant l'intervention.

Par contre, taillons dans la conjonctive, au-dessus ou au-dessous du ptérygion, un petit lambeau triangulaire.



Relevons-le et, tordu sur sa base, appliquons sa face cruentée sur la plaie intermédiaire aux deux bouts du ptérygion. Trois points de suture, l'un supérieur, deux latéraux, le fixent dans cette position.



Par le fait de cette autoplastie, nous avons donc *allongé* le ptérygion de toute la largeur de ce lambeau. Si cette largeur est suffisante pour avoir rendu à l'œil

la liberté de ses mouvements, rien n'incite plus l'onglet à poursuivre sa marche. Cependant, par mesure de prudence, M. le professeur Gayet complète l'opération en enlevant, au moyen des ciseaux droits, la partie du ptérygion qui empiète sur la cornée : cette excision partielle est suivie d'une cautérisation au thermocautère, qui agit en détruisant les micro-organismes errant à ce niveau, comme le veulent MM. Poncet (de Cluny) et Martin, et surtout, à notre point de vue, en substituant au tissu propre de l'onglet, un tissu solide, cicatriciel, pouvant opposer une barrière résistante à l'invasion des leucocytes et des microbes, alors même que le ptérygion exercerait encore une traction sur la cornée.

Après l'opération, l'œil est enduit de pommade jaune et on applique un pansement antiseptique.

Les premiers jours, le lambeau est un peu tuméfié : il faut environ 10 jours pour qu'il soit cicatrisé : à ce moment, on peut déjà constater que l'œil se meut facilement et que la plupart des phénomènes dont se plaignait le malade (astigmatisme, diplopie) ont disparu.

Pas n'est besoin de suturer la plaie produite par la dissection du lambeau ; elle se cicatrise facilement ; d'ailleurs, son peu d'étendue et son siège ne gênent en rien les mouvements du globe de l'œil.

Près de quinze malades ont été opérés, d'après cette méthode, depuis 1891. Nous regrettons fort que la lenteur des rouages administratifs ou le peu d'intérêt que portent certains maires aux études scientifiques,

ne nous aient pas permis de publier un nombre d'observations plus considérable.

La faute en est à ces messieurs, qui ont gardé, avec les échantillons de leur prose, les timbres pour la réponse.

Il n'y a pas de petites économies !

On nous rendra tout au moins cette justice que, pour favorables qu'elles soient à la thèse que nous soutenons, les 4 observations qui suivent ont été prises au hasard et non choisies parmi beaucoup d'autres. Ce sont les seuls cas où nous ayons pu avoir des nouvelles éloignées de nos malades.

---

#### OBSERVATION I.

(Service de M. le professeur Gayet.)

A... Auguste, 28 ans, marbrier, demeurant à Bourgoin (Isère). Entre à l'hôpital le 14 novembre 1891, pour un ptérygion interne, siégeant sur l'œil droit.

Soigné en 1875, pour une taie de la cornée, siégeant sur OG. Il y a un an, il reçut un éclat de marbre dans l'œil droit: c'est à la suite de ce traumatisme, que se serait développé le ptérygion.

A l'angle interne de O D, on constate un ptérygion celluleux, dont la tête empiète sur la cornée, sur une étendue de 3 millimètres environ. A ce niveau, aboutissent quelques rares vaisseaux, partis du grand angle de l'œil. Pas de troubles de la vue: à peine un léger degré d'astigmatisme.

O G. Opacité cachant en partie le champ pupillaire.  
Ac. = 1/8.

14 novembre. — Opération du ptérygion, suivant le procédé de M. le professeur Gayet. Après cocaïnisation, incision transversale du ptérygion : les deux portions de l'onglet s'étant rétractées, on circonscrit un lambeau supérieur de 6-7 millimètres. Tordu sur son pédicule, on l'interpose entre les 2 lèvres de la plaie ; 3 points de suture le fixent dans cette position. On applique ensuite un pansement avec la pommade jaune.

19 novembre. — Le lambeau a bien pris ; il est rouge et tuméfié.

26 novembre. — La guérison se continue ; la place où a été pris le lambeau, commence à se cicatriser.

24 décembre. — Le lambeau est parfaitement en place. La conjonctive est mobile, et il n'y a aucun tiraillement lorsque l'œil se meut dans diverses directions. Il peut être porté en dehors, aussi complètement que possible, sans qu'on puisse noter, de ce fait, le moindre trouble de la vision.

La portion cornéenne est un peu atrophiée.

21 juillet 1892. — Le système du ptérygion a complètement changé. Il n'y a plus de bride tendue vers l'angle interne. Le lambeau est largement étalé. Il n'y a pas de tirage latéral et l'onglet n'a pas progressé, tandis qu'auparavant, il avait grandi en 5 mois.

---

## OBSERVATION II.

(Service de M. Gayet)

G... François, 46 ans, exerçant à Bletterans (Jura), la profession de cantonnier, entre à la Clinique le 19 juillet 1892, pour un ptérygion interne, siégeant sur l'œil gauche.

Au dire du malade, l'affection n'aurait envahi le limbe scléro-cornéen que depuis 3 semaines ; la gêne de la vision ne s'est bien fait sentir que depuis 15 jours seulement.

Le ptérygion présente une base très élargie, peu vasculaire, indurée ; sur la cornée, la tête est représentée par

une sorte de petit pompon, d'aspect nacré, surplombant la cornée.

L'œil gauche présente un astigmatisme irrégulier. Les images sont déformées. 4 D.

On opère ce malade le 21 juillet, par la méthode de M. le professeur Gayet.

Le 24 novembre 1893, nous recevons des nouvelles du malade, grâce à l'obligeance de M. le docteur Desbiez, de Bletterans.

L'opéré est très content de son opération : la vue de O G. n'est pas parfaite, mais s'est beaucoup améliorée à la suite de l'opération, avec précieux à enregistrer, les malades n'étant pas enclins, d'ordinaire, à exagérer les succès opératoires. Le corps du ptérygion existe toujours, bien entendu, mais ne gêne pas le malade, ni au point de vue des mouvements imprimés à son œil, ni comme cause de phénomènes inflammatoires. La partie de la cornée cautérisée, la tête du ptérygion, est toujours opaque, mais cette opacité n'a aucune tendance à s'étendre vers la pupille.

---

### OBSERVATION III.

(Personnelle.)

Prise dans le service de M. le professeur Gayet.

M... François, âgé de 52 ans, employé à la gare de Saint-Etienne, entre à la Clinique le 6 janvier 1893, avec le diagnostic de : conjonctivite chronique, blépharite glandulociliaire, et ptérygion double bi-latéral.

En 1885, le malade s'aperçut que ses yeux étaient sujets, de temps en temps, à des poussées de conjonctivite, débutant toujours par O D. D'après son dire, la cause de ces conjonctivites à répétition, serait en rapport avec le contact des poussières irritantes auquel l'expose sa profession. Il est en effet, employé à démolir de vieux wagons, et très souvent, ses yeux sont atteints par des éclats de rouille et des poussières de toute espèce.

Ces poussées inflammatoires ayant abouti, vers le 20 juillet 1890, à des troubles visuels assez prononcés, le malade vint à l'Hôtel-Dieu et entra à la Clinique le 9 août 1890.

A ce moment, on porta le diagnostic de conjonctivite et de ptérygion double de O D.

Le 11 août, l'excision de ces derniers est pratiquée, et suivie de suture et de cautérisation au thermo-cautère. Aussitôt, le malade remarqua que sa vue était devenue meilleure. Son séjour à l'hôpital, prit fin au commencement du mois d'août, et le 10 septembre, il se remettait à son travail.

Tout allait pour le mieux, lorsque, fin mai 1891, survient une conjonctivite intense, binoculaire. Un nouveau séjour à l'hôpital étant devenu nécessaire, le malade rentre à la Clinique le 30 juin 1891.

A cette date, on note une rougeur extrême des paupières et des conjonctives. Cercle péricératique, très accentué. Pas d'augmentation de la tension oculaire, douleurs ciliaires et périorbitaires, peu marquées.

O D. Petite tache à la partie supérieure et externe de la cornée. Ptérygion léger.

O G. Double ptérygion.

Les milieux sont transparents.

Le 25 juillet 1891, la conjonctive a repris sa teinte normale. Mais les ptérygions ont un peu augmenté.

Il y a un mois, le 11 décembre 1892, les deux yeux sont de nouveau malades, surtout le droit. La vue baisse de ce côté, même après cessation des phénomènes inflammatoires. Le médecin de la Compagnie constate alors sur cet œil, la présence d'un ptérygion, et engage le malade à rester à l'hôpital.

Le 6 janvier 1893, nous observons ce qui suit :

O D : Ptérygion externe, mince, dont la base mesure 1 centimètre. Les vaisseaux forment des mailles assez lâches, empiétant sur la cornée, dans une étendue de 4 millimètres environ. L'onglet, très flou, arrive jusqu'au centre de la pupille.

A l'angle interne, un autre ptérygion, dont l'onglet n'empiète sur la cornée que de 3 millimètres.

O G. Angle interne : ptérygion large, cellulaire, voilant la moitié du champ pupillaire.

Angle externe : ptérygion, dont l'onglet s'avance à 2 millimètres du champ pupillaire.

Le 10 janvier 1893, après cocaïnisation, on opère l'œil gauche de ses 2 ptérygions.

Le 8 février, lorsque le malade sort de l'hôpital, la conjonctive est un peu villeuse et tomenteuse, mais le lambeau a bien pris, et se confond parfaitement avec les parties avoisinantes. De plus, l'astigmatisme est moins prononcé, l'acuité visuelle meilleure :  $1/3$  au lieu de  $1/4$ .

Le 14 novembre 1883, le malade nous fait parvenir de ses nouvelles, grâce à l'obligeance de son médecin. Sur l'œil droit, les ptérygions, opérés par excision, il y a 2 ans, ont récidivés, ainsi que nous l'avions déjà noté au commencement de 1893.

Sur l'œil gauche, les ptérygions n'ont pas progressé depuis l'opération. La constatation de ce fait nous est fournie par M. le professeur Gayet lui-même, le malade s'étant montré à la Clinique, vers la fin du mois de novembre.

---

#### OBSERVATION IV.

Personnelle.

(Service de M. le professeur Gayet.)

Antoine G..., 62 ans, journalier, entre à la Clinique le 31 janvier 1893, pour ptérygion interne O D et O G.

Le malade, qui est intelligent, affirme que son père, mort à 82 ans, était aveugle à la suite du développement exagéré de ptérygions. Un de ses frères présenterait aussi des ptérygions.

C'est, il y a 2 ans seulement, que le malade s'est aperçu qu'il avait «des peaux» sur l'œil, à l'occasion d'une diminution sensible et progressive de la vision. La cause occasionnelle, paraît remonter à une époque déjà lointaine : le malade, étant marin, aurait reçu des grains de poudre dans l'œil. Aux 2 angles externes, on note des pinguecula assez développés : la conjonctive possède une laxité très accusée. Chaque angle interne, est le siège d'un ptérygion celluleux, empiétant sur la cornée, sur une étendue de 3 millimètres environ.

Le 2 février, on procède à l'opération. L'œil gauche est simplement cautérisé. L'œil droit est traité par la méthode autoplastique : un lambeau est pris dans la conjonctive, au-dessous du ptérygion, et amené dans la plaie opératoire, où il est fixé.

Le 10 février. — Le malade sort. Le lambeau autoplastique se confond avec le reste du ptérygion, qui est rouge, tomenteux.

2 mars 1893. — Le malade revient se faire examiner : la partie conjonctivale du ptérygion est délicate, mince, et a perdu cet aspect charnu, qui suivit l'opération. L'œil se meut facilement, en tous sens. Sur la cornée, l'affection n'a aucune tendance à reprendre sa marche.

13 décembre 1893. — Mêmes constatations, l'affection n'a pas progressé, et le malade est très satisfait de son opération.

Si nous comparons les résultats exprimés dans les observations qui précèdent, à ceux qui nous sont fournis par les autres modes de traitement, nous voyons que les procédés par autoplastie soutiennent dignement la comparaison, pour ne pas dire plus, avec ceux qui s'efforcent avant tout d'enlever le mal, sans songer aux conséquences du tissu cicatriciel se développant au lieu et place de l'affection.

Et tout d'abord, bien que l'on ait observé des récurrences un mois après une première opération, il faut avouer que le fait est rare : il nous semble que le malade doit cependant se déclarer satisfait, si l'affection n'a pas récidivé ou les troubles de la vue augmentés de 6-10 mois après l'intervention chirurgicale.

Or, chose curieuse, si nous consultons le travail de Sollier, pour nous faire une idée des avantages de la ligature jointe à la cautérisation de l'onglet, nous voyons la guérison notée dans les neuf observations que présente l'auteur : malheureusement, les suites opératoires ne sont observées qu'à une échéance de deux mois au plus : et encore la plupart de ces observations relatent bien haut des guérisons survenues au bout de quinze jours. Nous pensons qu'il n'est pas besoin d'insister davantage pour montrer que le nombre de ces observations ne réussit pas à voiler leur insuffisance.

Le procédé par enroulement, prôné par Darrigade, sous l'inspiration de Galezowski, arrive à des résultats plus sérieux. Sur 9 malades, 2, en effet, ont été revus guéris quatre ans après l'opération. Les autres suites opératoires n'ont été notées que jusqu'à trois mois.

Enfin, sur 11 cas, rapportés dans la thèse de Miroudot et traités par le procédé de Desmarres, dans 2 cas seulement, la guérison est suivie au bout de sept et quatre mo's. Les autres guérisons, qualifiées comme telles, ont été notées, la plupart après quinze jours, quelques-unes même au bout de six jours.

Somme toute, à part quelques résultats heureux, les procédés dont nous venons de parler laissent planer

dans notre esprit une trop grande incertitude pour que nous puissions, jusqu'à plus ample informé, leur accorder pleine confiance.

Essayons, en effet, de mettre en parallèle avec les précédents, les résultats obtenus par les procédés autoplastiques.

« Sur six cas, dit M. Chibret, suivis depuis 1888, il ne m'est pas arrivé d'enregistrer un seul insuccès. Et cependant, dans trois cas, je me trouvais placé dans des conditions particulièrement défavorables. En effet, deux de ces cas étaient des ptérygions récidivés avec rétraction, à la suite d'une opération antérieure sans autoplastie. »

On a pu voir, par les observations qui précèdent, que l'allongement du ptérygion, suivant le procédé de M. le professeur Gayet, nous permettait d'arriver à des résultats aussi favorables, puisque sur les seuls quatre cas que nous ayons pu suivre, il ne nous est pas arrivé d'enregistrer un seul insuccès : la marche de l'affection a été, en quelque sorte, jugulée. S'il nous était permis de faire une comparaison entre les deux méthodes dont nous venons de parler, ce n'est donc pas dans les résultats que nous pourrions trouver matière à discussion.

Cependant, le procédé de M. le professeur Gayet, outre qu'il découle de notions pathogéniques sur lesquelles nous avons insisté, ce procédé nous paraît d'une exécution plus facile. La section du ptérygion par son milieu et l'interposition d'un petit lambeau conjonctival, fixé par trois points de suture, représentent, à n'en pas douter, un travail autrement facile à

exécuter et tout au moins plus rapide, que celui qui consiste, après avoir soigneusement disséqué le ptérygion, à le cautériser, « le replier sur lui-même et le suturer dans cette situation » : puis à déterminer « une abrasion conjonctivale, fournissant deux lambeaux, qui viennent largement combler la lacune constituée par le déplacement du ptérygion ». Ajoutez à cela que, dans le procédé par allongement, les suites opératoires sont de peu de durée : 15 jours, au plus; le lambeau conjonctival, ce laps de temps écoulé, a pris droit de cité à la place qui lui a été fixée.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Sans révoquer en doute l'opinion qui rattache la formation du ptérygion à un ulcère cornéen (Arlt), nous pensons que, dans la majorité des cas, cette cause ne peut être invoquée.

II. — Nous ne nions pas que le pingueculum ne prédispose au ptérygion ; nous affirmons qu'il n'en est pas, nécessairement, la phase initiale, à l'encontre des opinions opposées émises sur le même sujet (E. Fuchs).

III. — Le point de départ de l'affection, doit être cherché dans la présence d'une bandelette cicatricielle, siégeant au niveau du méridien horizontal.

IV. — Les mouvements des paupières expliquent la formation et le siège de celle-ci.

V. — L'obstacle opposé par cette bride cicatricielle au jeu normal des mouvements du globe et de la conjonctive, est suffisant pour expliquer la forme du ptérygion.

VI. — Ce fait est mis en évidence par la clinique et l'expérimentation.

VI. — La tension exercée par cette bride et, plus tard, par le ptérygion qui l'englobe, sur l'épithélium de la cornée, explique la formation de l'onglet et sa marche en avant.

VII. — Un traitement rationnel devra donc éviter de produire au lieu et place du ptérygion, un tissu rétractile, qui reprendrait le rôle de la bride cicatricielle, ci-dessus défini.

VIII. — Les traitements qui ont recours à l'autoplastie peuvent seuls arriver à ce résultat.

IX. — Le traitement étant dirigé surtout contre l'onglet, afin d'empêcher sa marche en avant, l'allongement du ptérygion suffit pour rendre à l'œil ses mouvements et, partant, réduire à néant le tiraillement de l'épithélium cornéen.

VU : P<sup>r</sup> LE DOYEN,

L'ASSESEUR,

A. GAYET.

*Vu, bon à imprimer :*

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

A. GAYET.

*Permis d'imprimer*

Lyon, le 13 décembre 1893.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

## BIBLIOGRAPHIE

---

Œuvres de Celse.

1285. Gordon. — De Passionibus oculorum.  
Ambroise Paré. — De ungula. Dix-septième Livre.  
Chap. XIII.
1556. Franco (P.) — De ungula: In Petit Traité, etc. Lyon.
1804. J. E. Gaston. — Observation sur l'extirpation d'un  
ptérygion volumineux, devenu cancéreux. (Ann.  
soc. méd. prat. de Montpellier.)
- MDCCLXVII. De Saint-Yves. — De l'onglet ou ptérygion :  
chap. XIII: in Nouveau traité des maladies des  
yeux.
- MDCCLXXII. Sue le jeune. Article: ongle: in Dictionnaire  
portatif de chirurgie: tome III<sup>e</sup>.
- 1822 Salva. — Essai sur le ptérygion: thèse de Montpel-  
lier.
1837. Cunier. — Quelques réflexions sur la nature du ptéry-  
gion: Ann. de méd. Belge. Bruxelles.
1838. Hubert. — Traitement du ptérygion: Thèse de Paris.  
J. E. Pétrequin. — Recherches d'anatomie pathologique  
sur la nature du ptérygion: in Annales de la société  
de médecine de Gand.
1844. Olivet. — Remarques cliniques sur le ptérygion, re-  
cueillies dans le service du Docteur Pétrequin: in  
Annales d'oculistique. Décembre: tome II.
1843. Szokalski. — Von den abtragung des pterygium mit-  
tels der ligatur. (Arch. f. phys. heik. jahr. IV.)

1852. Decondé. — Emploi de l'acétate neutre de plomb dans le traitement du ptérygion : *Annales d'ocul.*
1853. Tavignot. — Nature et traitement du ptérygion. In *Revue de thérap. méd. chirurg.* n° 21, novembre.
1862. Miroudot. — Quelques considérations sur le ptérygion. Thèse de Paris.
1866. A. Winther. — Experimental studien uber die pathologie des Flügelfelles. 8° Erlangen.  
Fano. — Maladies des yeux.
1867. Castorani (de Naples) — Traitement du ptérygion : in *Annales d'oculistique.*
1868. Knapp. — Ueber pterygium operation durch doppelt. Transplantation. (Verhandl. der Heidelbe. nat. med. vereins. tome IV.)  
J. F. Callé. — Du ptérygion : thèse de Paris.
1876. Mannhardt. — Zur lehre von pterygium (*Archiv. für opht. t.* XXII.)  
Horner. — Ueber die Entstehung und Beschaffenheit des pterygium. (*Corresp. f. schew. Ärzte.* n° 18.)  
Sous. — Du ptérygion. *Bordeaux médical.*  
Klein(S.) — Zur opération des pterygium und zur transplantation von schleimhaut : *Allg. wien. med. ztg.*  
Pereira-Guimaraës. — Observação rara et talvez unica de um ptérygium interno incipiente, com a particularidade notavel de terem a base para o lado da cornea, eo apice para o angulo do ohlo : *Rev. med. de Rio-de-Janeiro.*  
Abadie. — *Maladie des yeux* : tome I.
1877. Larroque. — Etude sur le ptérygion. Thèse de Paris.  
Scholer. — Etude sur le ptérygion. Berlin.  
Goldzieher. — Adatok a pterygion boucztanahoz : (Natura of pterygium anatomically explained) *Bü-dapest.*
1879. — Juan Munar (de Palma) — Traitement du ptérygion : in *Annales d'oc.*

- Maurel. — Modification au procédé de Desmarres pour l'opération du ptérygion. Bull.gén.de thérap, Paris
1880. Panas. — Du ptérygion: Journal de médecine et de chir. prat. Paris. Gaz. des hôpitaux.
- Poncet (de Cluny). — Du ptérygion : in Annales d'oculistique.
1881. Panas. — Article ptérygion, in : Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie. Paris.
- Domec. — Le ptérygion à Quito. — Nouvelle pathogénie. J. des sc. méd. de Lille.
- Despagnet (F.) — Du traitement du ptérygion. Opération par enroulement.
- Martin (G.) — De la cautérisation ignée comme complément de l'opération du ptérygion (Ann. d'oculistique : Bruxelles.)
1883. Reynolds. — Novel treatement of pterygium. Philad. med. Times.
1885. Darrigade. — Du ptérygion et de son traitement par la méthode d'enroulement. Thèse de Paris.
- 1887-88. Gallenga. — Sulla presenza di una cavità nella pinguecula e sua importanza nella produzione dello ptergio. (In : Ann. di ottal. Pavia.)
- Marlow (de Syracuse.) — New-York med. journal.
- Castagné. — Emplci du fer rouge dans quelques affections de la cornée. Thèse Montp.
- Ruelle. — Curieuse guérison de pt. (Soc. des sciences médicales de Gannat. Comptes rendus. Paris.)
- Théolbald (Baltimore). — Pathogénie du ptérygion : in Annales d'oculistique.
- Wright. — Traitement du ptérygion par arrachement. dito.
- Danson. — Essai historique sur l'ophtalmologie à l'Ecole de Montpellier ; thèse.
- Nouveau dictionnaire pratique de chirurgie, de

médecine et d'hygiène vétérinaire : art. Œil : tome XIV.

1888-89. — Sollier. — De la cautérisation ignée comme complément de l'opération du ptérygion : thèse de Montpellier.

Gombert. — Recherches expérimentales sur les microbes des conjonctives à l'état normal. In: Arch. d'Opht.

Bond. — On the origin of pterygion and ulcers of the cornea (Ophthalmic-review, juin 1889.)

1890. Darier. — Guérison de pt. par la lanoline hydragryrique (Annales d'oc...)

Du ptérygion : in: Lehrbuch der Augenheilkunde für Thierärzte.

1891. Hirschberg. — Un cas de ptérygion avec diplopie guéri par l'opération. (Centralblatt für den Augen.)

Chibret (de Clermont.) — Application de l'autoplastie conjonctivale à la cure du ptérygion. Arch. d'opht. Tome 11<sup>e</sup>.

1893. E. Fuchs Du ptérygion. In. Arch. d'opht. Tome XXXVIII.

Gayet. — Leçons cliniques, 1893.

---



